Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND, *Examinateur.*	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
....	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ, Président.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR, *Suppl.*	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Examinateur.*
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ.
BOURQUENOD, *Suppléant.*

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHE, *Examinateur.*
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

N° 87.

3.

ESSAI

SUR

LES LUXATIONS CONGÉNITALES EN GÉNÉRAL,

ET SUR

CELLES DU FÉMUR EN PARTICULIER.



PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 28 JUILLET 1838,

PAR

J.-P.-Louis Colrat,

de Taragonne (ESPAGNE);

EX-CHIRURGIEN INTERNE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.

à la Mémoire de mon Père !

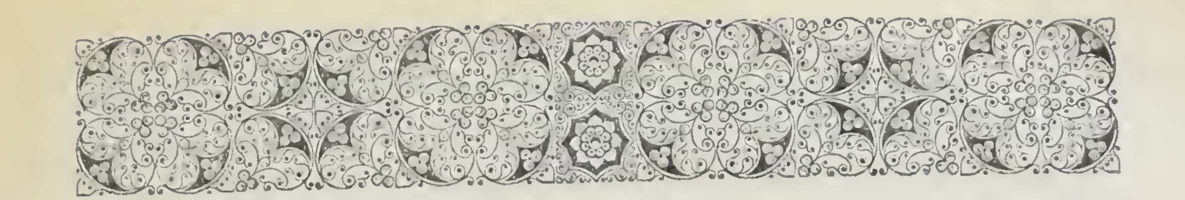
A MA MÈRE.

A MON FRÈRE ADOLPHE COLRAT,

Chirurgien en chef désigné de l'Hospice de la Charité de Lyon.

Il fut pour moi un second père.

L. COLRAT.



ESSAI

SUR LES

LUXATIONS CONGÉNITALES EN GÉNÉRAL,

ET SUR

CELLES DU FÉMUR EN PARTICULIER.



Indiquer les différentes méthodes de réduction et de guérison des luxations anciennes et congénitales ; faire connaître les conditions de leur guérison définitive ; tel est le texte d'une des questions que je suis appelé à traiter pour sujet de thèse. En me livrant aux recherches que nécessite l'obligation qui nous a été nouvellement imposée, j'ai été frappé des services nombreux que l'orthopédie a rendus à la science chirurgicale, et qui lui ont valu une place importante parmi les branches de l'art de guérir. Quel jour, en effet, n'a-t-elle pas apporté dans la thérapeutique des difformités du corps humain qui forment aujourd'hui une classe assez étendue de maladies contre lesquelles venaient presque toujours échouer les moyens chirurgicaux ordinairement si efficaces? En tête de ces difformités si long-temps

réputées incurables, on peut citer, comme les plus dangereuses et les plus rebelles, les déviations diverses qu'affecte la colonne vertébrale. Grâce à ces précieuses découvertes, le traitement de ces affections a pris rang dans la thérapeutique générale; et des succès répétés ont mis hors de doute la possibilité de leur guérison. Une affection non moins fréquente que celles dont je viens de parler semblait, jusqu'à ces derniers temps, devoir être réfractaire aux procédés si ingénieux de l'orthopédie. Les luxations congénitales, en effet, si long-temps méconnues, et dont on n'avait constaté l'existence sur le cadavre que pour mieux faire ressortir en quelque sorte leur incurabilité, ont depuis peu fixé l'attention des chirurgiens les plus distingués. Parmi les noms de ceux qui, depuis Paletta jusqu'à M. Pravaz, de Lyon, ont si bien contribué à élucider ce point de pathologie chirurgicale, il est juste de mentionner dès à présent celui de M. Humbert de Morley, dont j'aurai plus d'une fois l'occasion de citer les beaux travaux dans le cours de cette dissertation. Il était réservé à cet orthopédiste habile de soutenir la possibilité des guérisons des luxations anciennes et congénitales qui avait été niée jusqu'à lui, et de présenter, ou tout au moins de provoquer le perfectionnement d'appareils propres à obtenir ces guérisons. Resté étranger aux manœuvres orthopédiques, j'étais loin de songer à traiter un tel sujet de thèse, lorsque le texte de la question que le sort m'avait désignée, et surtout sa nouveauté, ont déterminé mon choix; car, ainsi qu'elle était posée, la question me paraissait évidemment trop limitée; j'ai cru qu'avant de la traiter sous le rapport pratique, il était plus convenable de présenter quelques considérations théoriques, d'autant que les avis sont loin d'être unanimes sur ce sujet.

Ainsi que je l'ai déjà dit, l'histoire détaillée des luxations congénitales ne date que d'un petit nombre d'années. Avant cette époque, ce n'est que dans quelques auteurs, et à des intervalles très-éloignés, que l'on trouve mentionné le nom de luxations apportées en naissant. Ainsi, Hippocrate, suivant quelques-uns, semble vouloir en parler dans son livre *de articulis*, quand il dit : *at quibus in matris utero hic articulus suâ sede emotus fuerit, etc.*............... Ambroise Paré

fait aussi mention de luxations que les enfants peuvent se faire dans le sein de leurs mères, par suite de pressions auxquelles ils auraient été soumis. Enfin, Louis parle d'une luxation à la cuisse survenue chez un enfant par la mauvaise manœuvre à laquelle s'était livrée la sage-femme en le tirant par les pieds.

Il ne s'agit jusqu'ici que de luxations opérées sous l'influence de circonstances extérieures. La véritable cause, ou du moins la plus commune, est complètement méconnue : du reste, ces observations ne donnent lieu à aucune indication pratique ; car ces chirurgiens ont soin d'établir en principe que ces luxations ne peuvent pas se guérir, et que les tractions qu'on exercerait, dans la vue de remédier au déplacement, seraient plus dangereuses qu'utiles. D'un autre côté, on trouve dans les ouvrages de Morgagni, Bonnet, Sandifort, quelques cas de luxations congénitales qui n'ont été remarquées qu'à l'autopsie. Le résultat de leurs observations, comme j'aurai lieu de l'indiquer encore, conclut toujours à l'incurabilité de la maladie. Il faut remonter jusqu'en 1788, pour en trouver une description un peu détaillée. Le travail que le célèbre Paletta publia, à cette époque, dans son ouvrage *adversaria chirurgica*, et qui a pour titre : *de claudicatione congenitâ*, est surtout remarquable par les observations consciencieuses qu'il renferme, et par une appréciation exacte des symptômes qui caractérisent cette difformité. Bien que le mémoire de Paletta laisse encore à désirer, il a mérité de fixer, d'une manière particulière, l'attention des chirurgiens. Depuis lors, en effet, l'histoire des luxations congénitales s'est enrichie de nouvelles recherches qui ont singulièrement élucidé cette question presque ignorée. Parmi ces recherches, auxquelles Delpech a pris une si belle part dans son orthomorphie, se font remarquer, à juste titre, celles de Dupuytren, qui a présenté la description la plus complète de ces luxations. Enfin, aux noms si honorablement connus de MM. Humbert et Pravaz, que j'ai déjà cités, je joindrai encore ceux de Duval, Jalade-Lafont et Simonin de Nancy, dont les études sérieuses ont également contribué aux progrès qu'a faits la thérapeutique de cette affection.

Les chirurgiens ont diversement apprécié le mode de formation des luxations congénitales. Dans les observations qu'il a pu vérifier par l'autopsie, Paletta a presque toujours vu qu'elles étaient dues à des difformités natives existant, soit dans les ligaments, soit dans la cavité cotyloïde, soit dans la tête même du fémur. Il est conduit à penser que cette maladie dépend d'un vice de nutrition. MM. Breschet et Dupuytren, s'étayant d'un certain nombre de luxations observées sur le cadavre, ont également soutenu que toujours elles avaient lieu par arrêt de développement; le premier surtout a constamment reconnu que la cavité cotyloïde est oblitérée, ou que du moins son volume est rétréci et réduit de beaucoup. Les observations de Morgagni, Bonnet, Sandifort, font aussi mention de plusieurs cas de luxation dans lesquels la tête du fémur était terminée par un cône plus ou moins saillant, et reposait sur une espèce de fente longitudinale ou sur une dépression qui remplaçait la cavité cotyloïde.

De toutes ces observations, il était naturel de conclure que les luxations congénitales sont toujours produites par quelque accident qui est venu troubler l'ordre de l'évolution embryonnaire; et ainsi s'explique le nom de luxations spontanées par lequel Chaussier a voulu les distinguer de celles qui peuvent dépendre de causes mécaniques, et celui d'originelles que leur a donné Dupuytren, spécifiant ainsi leur étiologie propre, leur mode de formation première.

Est-il naturel de croire, avec quelques-uns, que ces luxations sont dues à une maladie survenue chez le fœtus? Je ne le pense pas; car on n'observe jamais de fistules, de cicatrices; assez souvent même les membres affectés sont dans un état de nutrition assez satisfaisant, et ne présentent pas l'atrophie qui devrait exister, si l'affection avait précédé. Cependant Delpech cite un cas dans lequel il pense que le rhumatisme a produit le défaut de nutrition du fémur et la luxation du même os. La jeune fille qui fait le sujet de cette observation présentait aussi un déplacement de l'os coxal correspondant; celui-ci était plus élevé que dans l'état normal; la symphyse sacro-iliaque était singulièrement relâchée; le membre était plus court et moins développé que celui du côté sain; la tête du fémur faisait saillie

près de la crête iliaque. Il serait tout aussi rationnel d'admettre que la luxation était antérieure au rhumatisme, et que celui-ci n'a agi sur l'os coxal avec autant d'énergie, que par suite des changements survenus dans ses rapports avec le fémur. On a dit aussi qu'une cause extérieure agissant sur la mère pouvait retentir jusque sur le fœtus, au point de déterminer la luxation. L'influence de cette cause semblerait ne pouvoir pas être invoquée dans le cas de luxation congénitale des deux fémurs, comme on l'observe le plus souvent; car il est difficile de concevoir une cause qui ait porté en même temps sur les deux articulations. Cependant un exemple de luxation congénitale du genou, rapporté dans un des numéros de la gazette médicale de cette année, tendrait à faire admettre cette cause; en effet, quelques semaines avant l'accouchement qui fut naturel, la mère avait reçu un coup sur le ventre; la jambe gauche du nouveau né était fléchie en avant sur la cuisse; le pied reposait sur l'aine droite. Cette luxation ne présenta pas, du reste, de grandes difficultés; elle fut réduite et maintenue par un simple appareil. On a également considéré comme causes de luxation certaines manœuvres faites pendant l'accouchement, et la flexion exagérée des cuisses sur le bassin. Pour ce qui est des fausses manœuvres, il serait difficile de nier leur influence; il est certain que, dans quelques cas (et celui de Louis peut en être la preuve), elles ont produit la luxation. D'un autre côté, par suite de la flexion extrême des cuisses sur le bassin, il peut arriver que la tête du fémur comprime avec force la partie postérieure de la capsule, la déchire et glisse ainsi dans la fosse iliaque, entraînée par l'action des muscles fessiers. Enfin, une dernière opinion à laquelle on s'est rattaché, et qui a été soutenue, dans le sein même de l'Académie de médecine, par MM. Capuron et Velpeau, est que les luxations congénitales surviennent presque toujours par le mécanisme de l'accouchement, et chez les enfants qui viennent au monde par les fesses.

De toutes ces considérations il résulte qu'on ne saurait admettre une seule et même cause comme présidant au développement de cette espèce de luxation. Bien que, dans un grand nombre de cas,

on ait constaté un vice de conformation, on ne peut pas cependant établir qu'il existe constamment ; on peut citer aussi d'autres observations dans lesquelles il a été impossible d'invoquer cette altération. Du reste, plusieurs cas de réduction et de guérison incontestable détruisent bien évidemment ce qu'il y a d'exclusif dans cette opinion.

Les luxations congénitales peuvent affecter plusieurs articulations. J'ai déjà cité un cas d'une luxation du genou. Ambroise Paré parle aussi des luxations que les enfants peuvent se faire au bras, à la cuisse, dans le sein de leurs mères. D'après ces faits, on ne peut plus révoquer en doute l'existence des luxations congénitales survenues dans une articulation autre que celle du fémur avec l'os des îles; cependant il est vrai de dire qu'elles sont excessivement rares. C'est tout au plus si l'on en trouve trois ou quatre exemples dans les auteurs. Dans toutes les observations citées par Paletta, Dupuytren et les autres chirurgiens modernes, il n'est question que des luxations du fémur. Ce sont aussi ces luxations que j'ai prises pour type; c'est de celles-là seulement que je m'occuperai dans l'examen des symptômes et du traitement, et déjà, dans l'appréciation des causes, on a pu voir que j'ai parlé presque exclusivement de celles qui peuvent les déterminer. Une autre particularité à noter, c'est la tendance à se produire par voie d'hérédité que semblerait établir l'observation que rapporte Dupuytren, et dans laquelle il est question d'une famille dont cinq ou six membres, appartenant à des générations différentes, ont présenté cette affection ; mais que conclure d'un ou de deux faits isolés ? Il paraît aussi que les femmes y sont bien plus disposées que les hommes ; ce fait, qu'on n'a pas encore pu expliquer d'une manière satisfaisante, est également confirmé par le relevé des observations de Dupuytren ; en effet, sur vingt-six malades qu'il a pu examiner, il n'a rencontré que trois ou quatre hommes ; tous les autres appartenaient au sexe féminin. Enfin, on a fait la remarque que ces luxations étaient plus souvent doubles que simples, qu'elles se fixaient plus fréquemment sur les deux côtés à la fois que sur un seul.

En tête des symptômes que présentent les individus atteints de luxation congénitale du fémur, on observe ceux qui caractérisent les luxations traumatiques du même os en haut et en dehors : ainsi le membre est raccourci, il y a rotation du pied en dedans, la tête du fémur fait saillie en haut et derrière la fesse. Il y a cependant une grande différence entre ces deux espèces de luxations, relativement à leur mode de formation. De toutes les luxations accidentelles du fémur, celles en bas et en arrière sont les plus rares ; elles semblent même presque impossibles, à tel point que leur existence a été contestée par plusieurs chirurgiens; car, pour qu'elles s'effectuent, il faut que la cuisse soit portée à un degré de flexion que le tronc ne peut permettre que difficilement; aussi ces luxations sont-elles considérées comme étant presque toujours consécutives à celles en haut et en dehors. Dans les luxations congénitales, au contraire, la flexion exagérée des cuisses sur le bassin pousse le fémur contre la partie postérieure de la capsule, en lui imprimant une direction en arrière et en bas, de sorte qu'au moment ou la capsule se déchire, la luxation s'opère naturellement en ce sens ; mais il arrive bientôt que, par suite de la rétraction des muscles fessiers, le poids du membre ne venant pas contre-balancer cette action, le fémur est entraîné en haut et en dehors dans le sens des fibres musculaires. La position du fœtus dans la matrice s'oppose à ce que les autres espèces de luxation s'opèrent. Lorsque la luxation succède à un arrêt de développement des surfaces articulaires, il est tout aussi facile de comprendre qu'elle doit s'exécuter en haut et en dehors, les fibres des fessiers qui s'insèrent au grand trochanter et à la partie supérieure du corps du fémur tendant toujours à le porter dans cette direction ; c'est ce qui explique pourquoi les luxations congénitales s'observent toujours en haut et en dehors, et comment elles sont souvent consécutives à celles en bas et en arrière. Quoi qu'il en soit, ces luxations s'accompagnent, dans les cas les plus ordinaires, des symptômes suivants : la tête du fémur fait une saillie prononcée en haut et en arrière; la fesse, à la partie postérieure de laquelle on peut facilement la sentir, est beaucoup plus large que dans l'état

normal ; elle est flasque et molle , ce qui est dû au relâchement des muscles qui la recouvrent ; le grand trochanter est rapproché de la crête iliaque ; le membre est beaucoup plus court que celui du côté opposé. Dans le cas de luxation double , lorsqu'on ne peut plus apprécier le raccourcissement en comparant les deux membres sous le rapport de leur longueur , il est encore assez facile de le reconnaître en ayant égard aux dimensions et à la position que le bassin et les cuisses présentent aux différents âges , et dans les diverses affections dont ces parties peuvent devenir le siége. Les cuisses sont très-inclinées l'une vers l'autre , et cette inclinaison est si forte, dans quelques cas, que les deux genoux se touchent et tendent à se croiser ; il y a rotation de la totalité du membre en dedans; la pointe du pied est tournée dans ce sens , tandis que le talon regarde en dehors. Dans cet état, tout mouvement tendant à provoquer l'abduction et la rotation du membre en dehors est excessivement borné ; la partie supérieure du tronc est fortement ramenée en arrière ; la colonne lombaire est saillante en avant et offre une sorte de gouttière à sa partie postérieure ; le bassin est situé sur un plan presque horizontal à celui du fémur ; la région du pli de l'aine offre une espèce de cavité où l'on remarque un angle aigu et rentrant ; cette disposition doit tenir à la rétraction des muscles psoas, iliaque et pectiné. Les autres muscles qui entourent l'articulation se rétractent aussi en haut , et contribuent encore plus au raccourcissement du membre ; la tubérosité de l'ischion , dépouillée de ses muscles, fait au-dessous de la peau une saille très-marquée et semblable à celle qu'on observe dans la même région chez les individus parvenus au dernier degré de marasme et de consomption. Les membres inférieurs sont quelquefois dans un état d'amaigrissement considérable , et l'on observe une disproportion sensible entre les parties inférieures et les supérieures , sous le rapport de leur nutrition.

On conçoit déjà combien les fonctions locomotrices doivent être pénibles et difficiles. Le malade qui veut se mettre en marche porte la partie supérieure du tronc du côté du membre qui doit exécuter le mouvement : cette inclinaison est rendue nécessaire par la position

même de la tête du fémur ; car celle-ci, ne trouvant pas un point d'appui solide, s'avance en haut pour aller à la rencontre de la fosse iliaque; le bassin s'abaisse de son côté; et le poids du corps étant trop considérable pour être supporté en entier par la tête fémorale et son point d'appui, une partie de l'effort vient se briser contre la partie supérieure du tronc qui oppose une résistance assez forte. C'est ce qui explique pourquoi beaucoup de malades se dressent de suite sur la pointe du pied. Cette inclinaison du tronc est surtout sensible dans le cas de double luxation, et se manifeste à chaque pas, alors que le transport du poids du corps se fait alternativement d'un côté sur l'autre. C'est aussi pendant la marche que les signes de la luxation apparaissent dans tout leur jour, et rendent l'erreur de diagnostic presque impossible. Une grande partie de ces signes disparaissent ou du moins s'affaiblissent dans la position horizontale. En effet, quand les malades sont couchés sur le dos, on parvient facilement, et par des tractions modérées, à changer la direction oblique du membre, et à faire diminuer un peu le raccourcissement. C'est qu'alors les muscles, n'ayant plus besoin de se contracter pour porter en haut la tête du fémur, sont dans un état de relâchement qui permet, jusqu'à un certain point, l'allongement du membre.

Les difformités que je viens d'énumérer, et les difficultés qui en résultent pour l'exécution des différents mouvements, ne sont pas toujours aussi prononcées. Paletta a vu plusieurs de ses malades marcher sur toute la plante des pieds; Delpech a fait la même remarque; et il est vrai de dire qu'assez souvent les malades ne se tiennent sur la pointe des pieds que parce qu'un raccourcissement des muscles est venu compliquer la luxation. Il s'en faut de beaucoup aussi que les membres soient toujours dans un état d'amaigrissement et d'atrophie tel que celui que j'ai décrit, et que leur direction soit aussi vicieuse. Dans bien des cas, au contraire, celle-ci n'est pas changée, et le membre affecté est dans un état de nutrition aussi satisfaisant que celui du côté sain. Cette dernière circonstance est digne de remarque : d'abord en ce qu'elle est une preuve de plus pour faire refuser l'influence d'une maladie, comme cause première

de la luxation; et, en second lieu, parce que, dans quelques cas rares, elle peut servir à la faire distinguer des luxations spontanées. Ce n'est guère, en effet, qu'avec celles-ci qu'on pourrait la confondre; encore même l'erreur peut être facilement évitée. Ainsi, dans la luxation congénitale, on ne trouve jamais d'abcès, de fistule, de cicatrices, ainsi qu'on l'observe souvent dans la luxation spontanée. Un des symptômes les plus caractéristiques est l'absence de la douleur. En effet, on peut impunément, et sans faire souffrir le malade, exercer des tractions sur le membre luxé. Enfin, pour dissiper toute espèce de doute, on devra s'éclairer des circonstances antécédentes; et si le malade a été véritablement atteint de claudication dès l'âge le plus tendre, la nature de la luxation sera suffisamment établie.

J'arrive à cette partie de la question sur laquelle existent encore tant de dissidences : doit-on tenter la réduction des luxations congénitales? Quelques considérations sur les désordres anatomiques qui peuvent accompagner ces déplacements sont nécessaires pour jeter quelque jour sur ce point si important, et pour poser les bases d'un traitement convenable. Il sera possible, je crois, sans forcer l'analogie, d'en faire l'application aux luxations anciennes accidentelles.

Parmi ces désordres, j'ai cité en première ligne l'arrêt de développement des parties osseuses. Celui-ci peut être plus ou moins avancé. Sans doute lorsque la cavité cotyloïde est complètement oblitérée, ainsi que le démontrent les autopsies faites par Dupuytren et Breschet, il est évident qu'il n'y a pas lieu à la réduction. Mais outre que ce cas est presque impossible à décider sur le malade, il paraît sûr au moins qu'alors même les tentatives de réduction n'offriraient pas de grands inconvénients; car, s'il est vrai, comme l'avance le docteur Pravaz, que M. Humbert de Morley n'a pas encore guéri de luxations congénitales, mais qu'il a seulement déplacé la tête du fémur de la fosse iliaque dans l'échancrure sacro-sciatique (opinion que, du reste, je me réserve de discuter plus tard), cet amendement, si réellement il ne mérite que ce nom, est encore bien

préférable à la première position du fémur ; car il a pu être pris pour une guérison, et il semblerait presque devoir plutôt justifier la réduction que la contre-indiquer. Dans d'autres circonstances, les trois portions dont se compose l'os des îles ont été troublées dans leur évolution ; leur nutrition ne s'est faite qu'incomplètement, de sorte qu'il en est résulté, entre cette cavité et la tête du fémur, un défaut de proportion assez considérable pour que cette dernière ne puisse pas être admise. Quelquefois aussi le fémur est privé de son col, ainsi que l'a observé Paletta ; et au lieu d'une tête sphérique, il ne présente qu'une petite crête qui donne insertion au ligament rond. Une altération que l'on a regardée comme constante, et sur laquelle on s'est le plus appuyé pour démontrer l'inutilité des tentatives de réduction, est l'affaissement de la cavité cotyloïde, sa diminution en volume, qui, suivant les partisans de cette opinion, résulte toujours de l'exarticulation de la tête fémorale. Cette idée, qui d'abord a été émise au sujet de toutes les luxations anciennes, a été appliquée ensuite aux luxations congénitales. Cette opinion ne peut plus être soutenue aujourd'hui : en effet, outre les succès incontestables qu'a obtenus M. Pravaz, un bon nombre d'observations pathologiques, parmi lesquelles on pourrait citer celles de Paletta et de M. Simonin de Nancy, démontrent que la cavité cotyloïde est loin de s'oblitérer. Moreau a vu aussi cette cavité bien conservée chez un sujet de soixante-huit ans qui avait une luxation dès l'âge le plus tendre. Du reste, ainsi que l'observe Boyer, elle se déforme plutôt par la pression qu'elle éprouve de dehors en dedans, que par toute autre manière ; et elle a, au contraire, une tendance remarquable à se conserver. On a voulu justifier cette oblitération en disant que la nature suppléait à la perte d'une articulation en en produisant une artificielle. « Il est vrai, comme le remarque M. Humbert, que lorsqu'une luxation est abandonnée à elle-même, le frottement des nouvelles surfaces osseuses détermine habituellement une inflammation chronique qui se termine par induration. Cette inflammation donne lieu à la production de fibres blanchâtres et comme ligamenteuses qui coiffent le fémur et le soutiennent mieux qu'un

faisceau de fibres musculaires dans leur état naturel : de là des empreintes et des dépressions qui ne peuvent jamais être très-profondes ; car le fémur tend à se porter en dehors par son extrémité supérieure, et à presser sur les muscles plutôt que sur la fosse iliaque, au plan de laquelle il est oblique, et non perpendiculaire; mais il y a loin de là à une articulation modelée sur l'ancienne, à des adhérences fortes et solides, à des muscles qui jouissent de toute leur souplesse et de leur élasticité. »

Enfin, on a invoqué comme cause d'incurabilité le raccourcissement naturel ou accidentel des muscles qui entourent l'articulation ; l'altération dont ils sont quelquefois atteints, et les adhérences solides qui pourraient s'opposer à la transposition de la tête osseuse.

D'abord il est facile de concevoir que des tractions modérées et long-temps prolongées parviennent à vaincre, dans quelques cas, le raccourcissement des muscles, celui surtout qui est produit par la longue rétraction de ces organes. Du reste, il s'en faut de beaucoup que ce raccourcissement existe toujours. Pour ce qui est de l'altération musculaire, elle est loin d'être constante ; elle ne s'observe même que rarement ; les faits d'anatomie pathologique en sont une preuve irrécusable ; et l'on peut lire à ce sujet, dans l'ouvrage de M. Humbert, une observation de luxation congénitale qui lui a été communiquée par M. Simonin de Nancy ; après la mort de la malade, qui succomba à une phthisie pulmonaire, on trouva toutes les parties qui concourent à l'articulation dans un état d'intégrité parfaite. Il faut aussi ajouter que l'état de relâchement et d'extension forcée auquel ces muscles ont été long-temps soumis en impose souvent pour l'amincissement et l'atrophie de ces organes. Enfin, il est facile de s'apercevoir combien l'avis de ceux qui s'appuient sur l'existence constante des adhérences est empreint d'exagération. Il n'est besoin, pour s'en convaincre, que d'examiner la diversité des opinions qu'ont embrassées les chirurgiens, touchant l'époque à laquelle il convient de tenter la réduction des luxations anciennes. Ainsi, Bell veut qu'on s'abstienne de toute manœuvre après quelques jours. J.-L. Petit dit avoir réduit des luxations datant de six mois et plus. Abernethy conseille

de tenter la réduction, même après un an écoulé. Guyenot a présenté à l'Académie royale de chirurgie un mémoire au sujet d'une luxation du fémur réduite après deux ans. Il est vrai que Delpech a contesté dans ce cas l'existence d'une luxation; mais tout porte à croire qu'elle existait réellement. Enfin, Astley Cooper semble indiquer la possibilité de réduire des luxations encore plus anciennes. Tant d'avis si différents et donnés par des hommes également recommandables semblent être plus propres à embrouiller la question qu'à lui donner une solution définitive. Toutefois il semble que les motifs sur lesquels ils se sont appuyés pour établir leurs indications ne sont que secondaires. En effet, au lieu de tenir compte de la nature de la luxation et des circonstances qui peuvent l'accompagner, ils se sont trop laissés dominer par le temps écoulé depuis sa formation, et surtout par les dangers qui, dans quelques cas, se déclarent à la suite des manœuvres exercées pour obtenir la réduction. Ainsi, il n'est question que de l'inflammation qui en résulte et des accidents auxquels elle peut donner lieu, tels que le ramollissement des tissus, des adhérences, voire même des tumeurs blanches, ce qui doit être excessivement rare; il s'agit beaucoup aussi de muscles déchirés, d'artères rompues, de plexus nerveux arrachés, et quelquefois même de mort survenue presque instantanément. Une des circonstances les plus défavorables est, sans contredit, la déchirure complète de la capsule; en effet, lorsqu'elle a lieu, toute communication entre la tête osseuse et l'ancienne cavité est perdue; et l'on conçoit alors que les adhérences sont plus faciles à s'établir; tandis que, lorsque la capsule n'est pas entièrement déchirée, la tête luxée conserve encore quelques rapports avec la cavité articulaire, et peut plus facilement revenir à sa première position. Du reste, s'il faut en croire M. Malgaigne, ce dernier cas est le plus fréquent, du moins pour ce qui concerne les luxations du fémur; car il soutient que les luxations incomplètes de cet os s'observent infiniment plus souvent que celles qui sont complètes.

Quoi qu'il en soit de toutes ces opinions, il reste démontré maintenant qu'on ne saurait se dispenser de tenter, dans la plupart des

cas, la réduction des luxations anciennes. L'exemple de M. Humbert, qui a réduit au bout de quatorze jours une luxation accidentelle qui datait de six ans, me paraît très-concluant; et il est probable que si les anciens chirurgiens n'ont pu les réduire qu'avec peine, et si leurs tentatives ont été suivies d'accidents graves, on doit en accuser les efforts brusques et violents auxquels ils se livraient souvent, plutôt que l'ancienneté de la maladie. Ces adhérences plus ou moins solides doivent encore moins être invoquées contre la réduction des luxations congénitales; et pour être convaincu que ce n'est que dans des circonstances très-rares qu'elles peuvent s'établir, on n'a qu'à se rappeler la facilité avec laquelle on peut faire diminuer ou augmenter le raccourcissement du membre.

Bien que ces considérations ne s'appliquent pas d'une manière directe aux luxations qui font le sujet de cette dissertation, j'ai cru devoir les faire pour répondre à toutes les objections qu'on a élevées; elles serviront, en outre, à résoudre une partie de la question que le sort m'a désignée.

On peut donc établir en principe que la guérison des luxations congénitales ne saurait être mise en doute. Pendant long-temps cependant on a regardé comme inutile et même comme insensée toute tentative de réduction. Dupuytren, pénétré de cette idée que la luxation était constamment le résultat d'un vice originel, d'un arrêt de développement des parties osseuses, pensait que le traitement palliatif était plus rationnel, et devait être plus efficace que le traitement curatif. Soutenir le grand trochanter, et empêcher l'ascension trop considérable du fémur vers la crête iliaque, étaient les seules indications à remplir. Pour parvenir à ce but, il prescrivait d'abord le repos, et recommandait l'attitude assis; en effet, dans cette position, tout le poids du corps, au lieu de porter sur la tête fémorale, pèse sur les tubérosités de l'ischion. En même temps il faisait prendre des bains froids pour donner du ton aux parties; et il prescrivait ensuite l'usage continu d'une ceinture, large de trois à quatre travers de doigt, qui embrassait le bassin dans le point le plus rétréci. Cette ceinture était fixée par des boucles, des courroies,

et par de larges sous-cuisses qui la maintenaient à une hauteur constante. Plus tard, MM. Duval et Jalade Lafont eurent l'idée de soumettre à une extension continue une jeune malade atteinte d'une luxation congénitale des deux fémurs. Au bout de quelques semaines, les membres avaient repris leur longueur et leur rectitude naturelles; cette amélioration persista plusieurs mois encore, et ne cessa que par l'indocilité de la malade. Cette expérience était faite pour attirer l'attention et provoquer de nouvelles recherches. Depuis long-temps, entièrement livré à l'étude des difformités du corps humain, et pénétré de l'insuffisance des raisons que l'on avait fait valoir contre la réduction des luxations anciennes, M. Humbert de Morley conçut l'espoir de remédier à ces affections, et imagina à ce sujet un appareil fort ingénieux. Parmi les diverses luxations qu'il eut le bonheur de réduire, s'offrirent à lui plusieurs cas de luxation congénitale qui furent également suivis de guérison. Les succès qu'il commença à obtenir, en 1829, se continuèrent pendant les années suivantes, et ce ne fut qu'en 1835 qu'il publia toutes ses observations dans un ouvrage fort remarquable et qui fut couronné par l'Académie des sciences (1). Dans cet ouvrage, il consacre un chapitre spécial à l'examen des luxations congénitales. Après une discussion lumineuse sur leur mode de formation, et une critique raisonnée des idées émises jusqu'à ce jour, il déduit cette conséquence : que ces luxations sont susceptibles d'une guérison radicale. Ainsi, le premier, il a eu la gloire de poser en principe la curabilité de cette affection, et de la soumettre à un traitement rationnel.

Comme dans toute indication, M. Humbert se propose ici deux indications à remplir : réduire la luxation et la maintenir réduite; mais on conçoit que, pour vaincre la résistance de parties depuis long-temps rétractées, et pour donner à un membre une longueur et une rectitude qu'il n'a jamais eues, il est besoin d'un système

(1) Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articulation iléo-fémorale. Méthode applicable aux luxations congénitales, et aux luxations anciennes par cause externe.

d'appareils qui réunisse des forces suffisantes dont l'action puisse être long-temps continuée. Celui de M. Humbert se compose de quatre séries de machines : 1° le lit mécanique ; 2° les appareils qui opèrent l'extension préparatoire du membre ; 3° ceux qui continuent l'extension et amènent le membre au degré nécessaire pour procéder à la réduction dont ils sont également les agents ; 4° enfin, ceux que l'on emploie après la réduction pour lever le malade et le soutenir pendant les premières tentatives qu'il fait pour marcher. Je me contenterai d'énumérer ces machines ; elles sont trop compliquées pour pouvoir être exposées avec détail dans cette dissertation. On peut en faire l'examen minutieux dans l'ouvrage même de M. Humbert.

Le lit se compose de deux parties : l'une fixe qui en forme le corps ; l'autre mobile, susceptible de changements faciles à exécuter, et propres à donner au malade les positions diverses qu'il peut prendre. Tous ces changements s'opèrent au moyen d'un système de moufles qui permet de graduer les forces à volonté.

L'époque à laquelle il convient de faire l'extension est variable. Presque toujours on la fait précéder d'un traitement qui a pour but de réparer les pertes que la constitution peut avoir faites. On ne peut pas non plus déterminer d'une manière rigoureuse la durée de l'extension. En général, on ne doit procéder à la réduction que lorsque le relâchement des muscles est assez prononcé, que le fémur est descendu au niveau de la cavité cotyloïde, et que les symptômes qui indiquaient la luxation, tels que le raccourcissement du membre, les saillies de la tête fémorale et du grand trochanter, se sont dissipés. Le chirurgien facilite la coaptation, et s'assure que la réduction est bien faite. Il saisit le grand trochanter auquel il fait exécuter de légers mouvements en sens divers ; peu d'efforts sont nécessaires de sa part pour porter la tête du fémur dans sa cavité naturelle ; la rentrée de celle-ci, que le relâchement des muscles rend assez facile, est marquée par un petit bruit, une espèce de petite saccade que le chirurgien peut très-bien sentir. Pendant tout ce temps, le malade n'éprouve presque aucune douleur ; cette manière lente et graduée de faire l'extension lui épargne, en effet, des souf-

frances qui accompagnent très-souvent la réduction des luxations accidentelles et récentes, et qui tiennent aux efforts contractiles des muscles.

Les machines qui servent à opérer l'extension et la réduction sont celles de la deuxième et de la troisième série. L'appareil à extension continue se compose d'une ceinture en toile écrue, haute de cinq à six pouces, embrassant le bassin, et d'un régulateur de la pression à exercer au moyen de la ceinture. L'extension se fait sur la jambe et la cuisse, ces deux parties étant tenues dans une légère flexion, pour obtenir le relâchement des muscles fessiers, et par lui l'allongement du membre. Elle doit se faire dans le sens opposé à celui suivant lequel la luxation a eu lieu, c'est-à-dire d'arrière en avant, et de haut en bas. La contre-extension s'exécute au moyen de brassières qui, prenant un point d'appui sur la ceinture, soutiennent le tronc et l'empêchent de descendre.

La réduction étant opérée, on a recours à un nouvel appareil. Cependant il arrive souvent que, par rapport au relâchement trop considérable des muscles, on ne peut pas supprimer immédiatement l'appareil extenseur. Les machines qui composent cet appareil sont d'abord un brancard brisé, un lit mobile mécanique; on fait prendre ensuite au malade l'usage des béquilles à roulettes, des béquilles simples. Celles-ci doivent être long-temps continuées; et si l'on voit persister une légère claudication, on prescrit l'emploi d'une talonnière ordinaire ou élastique. Il est à remarquer qu'après la réduction d'une luxation qui date de long-temps, le membre ne reprend pas de suite sa longueur habituelle; le bassin est ordinairement plus élevé du côté luxé. M. Jules Guérin pense que cette élévation est due à la longue rétraction des muscles psoas et iliaque. Du reste, cette difformité disparaît bientôt d'elle-même.

M. Humbert prétend, à l'aide de ces ingénieux appareils, avoir guéri dix à douze luxations congénitales, sans avoir jamais éprouvé un revers. Bien que ses succès eussent déjà rencontré des contradicteurs, dans la personne surtout du professeur Breschet, qui, par la nature de ses idées sur l'origine de ces luxations, ne pouvait croire

à leur guérison, ils n'avaient pas encore été niés d'une manière positive; et M. Humbert semblait devoir jouir long-temps en paix du fruit de ses laborieuses recherches, lorsque le docteur Pravaz est venu démentir ses assertions, et a prétendu que, dans toutes les observations qu'il avait citées, la tête du fémur, au lieu d'être rentrée dans la cavité cotyloïde, avait été seulement transportée dans l'échancrure sacro-sciatique. Il cite à l'appui de son opinion l'observation d'une jeune fille qui avait été soumise au traitement de M. Humbert. Assisté de deux de ses confrères, le docteur Joffre, et M. Nichet, chirurgien en chef de l'hospice de la Charité de Lyon, il reconnut que la tête fémorale occupait la position indiquée. Depuis lors il a été constaté aussi par d'autres chirurgiens que plusieurs des sujets traités dans l'établissement de Morley étaient dans le même cas. Il est difficile de décider au premier abord si l'assertion de M. Pravaz est fondée. Cependant, en discutant avec réflexion les raisons qu'il donne pour combattre M. Humbert, on est frappé de leur justesse. Ainsi M. Pravaz pense qu'il est impossible de vaincre, dans l'espace de vingt-cinq minutes, la résistance assez forte des muscles rétractés depuis longues années, au point de leur faire acquérir plusieurs pouces de longueur. Il soutient qu'on ne peut, ainsi que l'affirme M. Humbert, obtenir la réduction au bout de deux jours. Il se refuse également à admettre que toutes les observations qu'il rapporte puissent être considérées comme des cas de guérison. Il serait, en effet, bien étonnant que, chez tous les sujets qu'il a traités, les surfaces articulaires fussent dans des conditions favorables pour la réduction, lorsque la plupart des observateurs ont reconnu qu'un vice de nutrition, qu'un arrêt de développement, et par suite l'oblitération de la cavité ou un changement de rapport dans ces surfaces, coïncidaient assez fréquemment avec l'affection dont il s'agit. On pourrait encore regarder comme une preuve venant à l'appui de celles déjà émises par le docteur Pravaz, la légère claudication que beaucoup de malades cités ont présentée après leur guérison. Bien que cette persistance de claudication puisse trouver une explication dans l'effet produit par la longue rétraction des muscles psoas et iliaque, il est permis

de croire aussi qu'elle tient à la nouvelle position de la tête du fémur.

Toutes ces raisons peuvent bien mettre en doute les guérisons que cite M. Humbert. Sans les rejeter entièrement, je crois qu'il vaut encore mieux adopter la méthode de M. Pravaz ; elle offre plus de garantie et de sûreté. Cet orthopédiste distingué pense que, pour obtenir la réduction des luxations congénitales, et surtout pour que cette réduction se maintienne, il faut soumettre le malade à une extension continue pendant six ou sept mois avant et après. La nécessité d'une extension si long-temps prolongée lui paraît rigoureuse. C'est en observant ce précepte, qu'il est parvenu à guérir deux sujets atteints de luxation congénitale, laquelle pouvait être regardée chez l'un d'eux comme héréditaire; car son aïeul et l'un de ses oncles boîtaient comme lui dès le premier âge. Ces succès ne peuvent être révoqués en doute; ils ont été obtenus sous les yeux même d'une commission prise dans le sein de l'Académie de médecine de Lyon. Déjà, en 1834, il avait réduit une luxation congénitale du fémur chez une jeune fille; mais la malade étant sortie de l'établissement au bout de quatre mois, il avait tout lieu de croire que la luxation reviendrait. Enfin, un mérite qu'on ne saurait encore refuser à M. Pravaz, c'est d'avoir mis le traitement de cette affection à la portée de presque tous les chirurgiens, en substituant un appareil fort simple à celui très-compliqué de M. Humbert. Je regrette de ne pouvoir donner le tableau de cet appareil. N'ayant pu me le procurer, je me borne à répéter ce que j'ai lu à ce sujet dans un des numéros de la Gazette médicale de Paris : « le malade est placé dans le décubitus, en supination sur un char qu'il conduit avec ses pieds par l'intermédiaire d'un engrenage et de deux bielles. Les muscles qui entourent l'articulation sont ainsi mis en exercice ; leur tonicité est augmentée. Combiné avec la pression d'une ceinture qui embrasse le bassin, ce moyen taraude, en quelque sorte, le cotyle rudimentaire, et y enfonce progressivement la tête du fémur. M. Pravaz a joint à ces moyens actifs l'emploi des douches froides et de l'électro-magnétisme. »

Là se termine le cadre que je m'étais tracé. Je n'aurai que quel-

ques mots à ajouter sur le moyen de réduire les luxations anciennes. Ainsi que je l'ai dit, M. Humbert leur a appliqué le même mode de traitement, et avec le même succès. J'ai constaté aussi que les adhérences ne sont pas aussi fréquentes ni aussi solidement établies qu'on l'avait cru jusqu'ici. Cependant, comme elles peuvent se former, elles deviennent, dans ce cas, un obstacle assez grand, et réclament beaucoup de prudence de la part du chirurgien. Aussi M. Pravaz fait-il observer que la réduction des luxations anciennes ne peut s'opérer extemporanément, et qu'il est inutile et même dangereux de tenter *ex abrupto* de vaincre l'énorme résistance des muscles rétractés depuis long-temps, ou originellement trop courts. Enfin, j'ajouterai, en terminant, qu'on peut encore guérir, comme j'en ai vu beaucoup d'exemples cités dans les auteurs, les luxations anciennes par le seul emploi des moufles.

SCIENCES ACCESSOIRES.

QUEL EST LE RÉCEPTACLE DE LA FLEUR? QUELLES SONT SES PRINCIPALES MODIFICATIONS?

On donne généralement le nom de réceptacle au sommet du pédoncule d'une fleur qui donne attache aux différentes parties dont elle se compose. On a encore désigné sous ce nom, un évasement du pédoncule, disposé de manière à porter plusieurs fleurs, plusieurs fructifications.

Le réceptacle n'est pas le même dans toutes les fleurs; il présente une foule de modifications qui ont reçu des noms particuliers. Parmi les plus importantes, on doit citer le réceptacle commun, appelé encore *phoranthe*, ou *clinanthe :* on nomme ainsi cette partie dilatée qui, dans les composées ou synanthérées, donne attache aux fleurs. Ce réceptacle commun est quelquefois concave, resserré, à sommet pyriforme, comme dans l'ambora, la figue, etc..... Il est très-peu élevé au-dessus du fond de la fleur dans le tilleul, la mauve, et généralement dans les fleurs dont les verticilles sont très-rapprochés les uns des autres. Dans d'autres plantes, au contraire, il est très-saillant : les anona en sont un exemple.

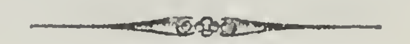
Le réceptacle a reçu encore les noms de gynophore et de polyphore, suivant qu'il supporte un ou plusieurs pistils. On l'appelle gynandrophore, quand il soutient en même temps les étamines et les pistils. Enfin, le réceptacle est terminé quelquefois par un sommet tuberculeux qui donne attache aux organes sexuels et aux pétales. C'est cette variété que M. de Candolle a désignée sous le nom d'anthophore.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

QUELLE EST LA DISPOSITION DU CENTRE DE L'HUMEUR VITRÉE? EXISTE-T-IL UN CANAL?

Le corps vitré ou hyaloïdien, ainsi nommé à cause de sa ressemblance avec du verre fondu, se compose d'un liquide appelé humeur vitrée, et d'une membrane qui renferme ce liquide et lui forme une enveloppe générale. Cette membrane hyaloïde a sa face interne parsemée d'un grand nombre de rides, véritables prolongements lamelleux qui, par leur rapprochement, constituent autant de loges, de cellules dans lesquelles est renfermée l'humeur vitrée.

La plupart des anatomistes se taisent sur l'existence d'un canal que M. Jules Cloquet prétend avoir découvert dans la partie centrale du corps hyaloïde, et que, pour cette raison, il nomme canal hyaloïdien. Suivant cet anatomiste distingué, ce canal, de forme cylindroïde, résulte de la réflexion de la membrane hyaloïde, laquelle se replie en dedans d'elle-même, forme un véritable conduit renfermant l'artère nourricière du cristallin, et traverse directement avec elle la partie moyenne du corps vitré. Cette question de fine anatomie n'a pas encore reçu de solution définitive. Il est permis de penser, avec le professeur Cruveilhier, que l'existence de ce canal est encore douteuse.



SCIENCES MÉDICALES.

DÉTERMINER L'INFLUENCE DE L'INFLAMMATION DU PÉRICARDE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'HYPERTROPHIE DU COEUR.

Il serait difficile de préciser le rôle que joue la péricardite dans la production de l'hypertrophie du cœur. Toutefois je pense que l'influence qu'elle peut avoir sur cette dernière affection ne s'exerce que d'une manière indirecte. On a considéré comme pouvant développer l'hypertrophie toutes les maladies qui procurent une forte dyspnée, et qui durent long-temps. Bien que cette remarque ne soit pas rigoureusement applicable, puisqu'il est rare de voir un phthisique atteint d'hypertrophie du cœur, il faut encore reconnaître, et l'observation le démontre tous les jours, que le mode d'agir de ces causes est excessivement lent, et que d'ailleurs la péricardite est loin d'apporter toujours un trouble sérieux dans la circulation.

Une des causes les plus puissantes de l'hypertrophie du cœur est sans contredit la diminution de capacité des ouvertures de cet organe, diminution qui peut être native ou déterminée par des productions pathologiques qui se fixent surtout sur les valvules. Dans ces derniers temps, M. Bouillaud, exagérant la coïncidence qui existe quelquefois entre les maladies qui affectent les diverses parties du cœur, a donné beaucoup trop d'importance à la péricardite, comme cause de l'hypertrophie de cet organe. Selon lui, l'inflammation du péricarde existe rarement seule, pour peu que sa terminaison par résolution tarde à se manifester. Elle se propage bientôt jusqu'à la membrane interne du cœur. Or, l'endocardite a pour effet de produire l'induration des tissus affectés, certaines productions cartilagineuses,

calcaires, etc...... Cette inflammation sympathique de l'endocarde, qu'il explique par l'analogie de structure, rend compte de la fréquence de l'hypertrophie du cœur. Tout en faisant la part de l'esprit systématique dont paraissent empreintes les observations de M. Bouillaud, je dois remarquer, en terminant, que, même dans cette manière de produire l'hypertrophie, l'influence de la péricardite n'est que secondaire.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL, *Examinateur.* Anatomie.
N........ Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES, *Suppléant.* Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ. Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR, *Président.* Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Suppléant.*
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils, *Examinateur.*
VAILHÉ, *Examinateur.*
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.